

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N^o 585

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges-Victor-José MARCH

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 31 mars 1913, à Bourg (Ain).

Contribution à l'étude
des Lipomes de la Langue

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges-Victor-José MARCH

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 31 mars 1913, à Bourg (Ain).

Contribution à l'étude
des Lipomes de la Langue

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1937

LE DOYEN G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.

MM.	
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULÉ.	
CHABROL.	
CHIRAY.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
HEITZ-BOYER.	
MOURE.	
QUENU.	
SCHWARTZ.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
LEVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	
LEDoux-LEBARD	
PHILIBERT, agrégé	
RUPPE	
WEIL-HALLE	

Education physique.
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153711_0056

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS

A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR B. SPINETTA

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Médecin de l'hôpital Lenval (Nice).

Qui a guidé toutes mes études médicales avec une inlassable bonté, témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique.

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière.

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, voudra
bien trouver ici l'hommage de notre
très respectueuse gratitude.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Professeur Agrégé de Médecine Légale.

Témoignage de notre très respectueuse reconnaissance.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Stage.

M. LE PROFESSEUR RATHERY
M. LE PROFESSEUR DELBET
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR
M. LE PROFESSEUR LAUBRY
M. LE DOCTEUR DARRE
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

Externat.

M. LE DOCTEUR TALHEIMER
M. LE DOCTEUR LEMELAND
M. LE DOCTEUR LEROUX
M. LE DOCTEUR R. BENARD

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses affections qui ont la langue pour siège, le lipome n'a été observé qu'un petit nombre de fois au niveau de cet organe. Par ailleurs, l'étude des lipomes de la langue n'a pas été faite en France depuis 1896. M. DÉRÉGNAUCOURT a, à cette date, consacré sa thèse inaugurale. Depuis lors un certain nombre d'observations, les unes en France par GÉRARD-MARCHANT, POTHÉRAT, DUFOURMENTEL, MORESTIN, JACOD, les autres à l'étranger, ont permis d'élever la statistique de cette variété de tumeur; mais, nous n'avons pu trouver de travail d'ensemble sur la question, tant dans la littérature française, qu'étrangère, sauf toutefois en Italie où COLOMBO en fit un remarquable exposé en 1932. Cet auteur évaluait à 35 le nombre de lipomes authentiques observés jusqu'alors. Le cas de ROFFO et celui de MAZZINI et SALVI ainsi que notre observation personnelle permettraient de fixer au chiffre de 38 la statistique globale actuelle.

Nous retiendrons donc l'extrême rareté des lipomes linguaux. Nous nous proposons d'ailleurs, dans la première partie de ce travail, de reprendre toutes les observations parues jusqu'ici afin d'éliminer tous les cas douteux ou ne se rattachant pas à la question et de ne retenir dans cette statistique, que les cas absolument certains.

Pour arriver à ce résultat, nous avons pu voir que l'étude bibliographique, bien qu'assez limitée, n'en est pas moins fort ardue. Une certaine confusion y règne et cela tient au fait que tous les auteurs ne sont pas d'accord, quant aux limites à assigner à la question.

Le siège de la tumeur, tantôt à la base, tantôt à la pointe ou sur les bords de la langue, indiqué par la majorité des auteurs est évidemment indiscutable. Mais nous ne pourrions pas considérer comme lipomes lingaux, les néoformations décrites par GROSS, LISTON ou ROSENSTIRN par exemple qui sont localisées, tantôt à la région sublinguale, tantôt au niveau du plancher buccal.

La nature de la tumeur est aussi matière à discussion. Nous verrons dans un chapitre ultérieur, sous quel angle nous envisagerons cette question, mais disons tout de suite qu'il nous faudra rejeter les tumeurs mixtes formées par d'autres tissus que le tissu adipeux ou fibreux, pour ne considérer que les tumeurs essentiellement lipomateuses ou fibro-lipomateuses.

Toutes ces restrictions, nous obligeront à modifier les chiffres que nous venons de citer, concernant le nombre de lipomes étudiés jusqu'ici.

D'autre part, il nous est apparu au cours de nos recherches, que s'il existe un petit nombre de cas, relatant l'existence de lipomes lingaux isolés, il existe également des observations dans lesquelles, des lipomes lingaux sont associés à une autre localisation

lipomateuse : cou (CAUCHOIS), rebord alvéolaire (FER-RANDO), plancher de la bouche (MORESTIN) : mais nous n'avons relevé qu'un cas analogue au nôtre, celui publié par SIMON, où à côté de lipomes symétriques de la langue, existaient d'autres formations lipomateuses sur le corps, également symétriques.

Devant la rareté des lipomes linguaux en général, des lipomes symétriques du corps et de la langue en particulier, il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse inaugurale à une mise au point et à une vue d'ensemble de la question.

De nombreuses hypothèses ont été formulées quant à la pathogénie. Nous verrons par la suite ce qu'il faut en retenir. Nous n'apporterons pas une solution définitive au problème, mais tout en nous basant sur l'état actuel de nos connaissances, nous nous contenterons d'avancer quelques opinions qui nous paraissent satisfaire l'esprit.

En ce qui concerne la symptomatologie des lipomatoses linguales nous nous inspirerons en majeure partie des observations de nos prédécesseurs. Quant au diagnostic, nous montrerons qu'à côté de cas simples, il peut exister des cas complexes, pouvant faire discuter toutes les variétés de tumeur intra-linguales, liquides ou solides.

Nous voudrions, ici même, remercier M. le Professeur agrégé DUVOIR qui a inspiré nos travaux et qui nous a réservé dans son service de l'hôpital Saint-Louis un accueil des plus bienveillant. Nous avons

pu apprécier toute la valeur de son enseignement, tant au lit du malade, qu'à l'Institut médico-légal et à l'Institut d'hygiène industrielle; qu'il trouve ici même le témoignage de notre très respectueuse reconnaissance.

Qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui nous aidèrent dans notre étude et tout particulièrement, Monsieur J.-L. HERRENSCHMIDT, interne du service qui a bien voulu mettre à notre disposition, le résultat de ses recherches antérieures et qui nous guida aimablement tout au long de notre travail.

Toute notre reconnaissance va aussi à M. DELARUE, Assistant au laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté qui avec une grande bienveillance, nous donna d'utiles conseils au cours de l'étude anatomopathologique et pathogénique des lipomes.

Nous étudierons dans un premier chapitre l'histoire de la question, nous consacrerons un second chapitre à l'étude clinique des lipomes linguaux, dans un troisième chapitre nous envisagerons l'anatomie pathologique et la pathogénie. Nous discuterons le diagnostic et exposerons le traitement au chapitre quatrième; et dans une ultime conclusion nous ferons une synthèse rapide des éléments qui sont susceptibles de montrer tout l'intérêt d'une affection rare.

HISTORIQUE

En analysant les différentes observations qui relatent de tumeurs lipomateuses de la langue et qui s'étagent en petit nombre depuis celle de LOUIS en 1774 jusqu'à la nôtre nous avons été frappés par le manque de limites fixées à la question.

Les statistiques varient énormément entre elles selon que l'on groupe les faits à la façon de VERGELY (1895), à la manière de COLOMBO (1932). Alors que le premier de ces auteurs fait entrer dans sa récapitulation des tumeurs mixtes, des myxomes, et des lipomes sublingaux, à côté de lipomes purs, COLOMBO s'efforce de discuter chaque observation et de ne considérer que les lipomes purs et les fibro-lipomes. Pour notre conduite personnelle nous pencherons vers cette façon de voir.

I) D'une part, nous éliminerons de notre statistique les *lipomes sublingaux*, vu leur développement au dépend du tissu adipeux qui entoure les glandes sublinguales; vu aussi leur siège à même le plancher de la bouche, ne faisant en cela qu'adopter la façon de voir de GUELLIOT, PROVERA et COLOMBO.

Nous éliminerons donc :

- Le cas de LISTON (1846).
- Celui de SAMUEL D. GROSS observé en 1872 et

qui présente tous les caractères d'une tumeur sub-linguale.

— L'observation de CHIPAULT relatant une tumeur du même ordre.

— Enfin le cas de ROSENSTIRN (1893) dont nous avons longuement étudié l'observation et qui nous paraît concerner une tumeur du plancher de la bouche.

II) D'autre part, nous éliminerons les *tumeurs mixtes* entendant par là les tumeurs formées par d'autres tissus, cartilagineux, osseux) outre le tissu connectif fibreux et le tissu adipeux.

Nous voulons parler de la première observation que cite VERGELY et qui est celle rapportée par les auteurs du *Compendium de chirurgie* (page 715) et communiquée ensuite à la Société anatomique par BASTIEN (1854). En nous basant sur les données cliniques : « Tumeur de consistance lipomateuse présentant sur le bord externe un noyau dur, pierreux », sur les données histologiques : « lipome avec dégénérescence fibreuse, cartilagineuse, osseuse », nous ne pouvons que ranger ce cas parmi les tumeurs mixtes et donc ne pas en tenir compte.

— De l'observation de FRANCIS. F. MASON (1853) qui traduisait l'existence de lipomes multiples qui à l'examen histologique se montrent formés de « Tissu fibro-cellulaire délicat avec d'abondantes cellules à noyaux, la plupart sphéroïdes. Nombreux globules huileux disséminés dans la tumeur ». Il s'agit là

vraisemblablement de myxome et nous ne tiendrons pas ce cas comme valable.

— Du cas de KRAUSNICK qui de l'aveu même de l'auteur marque une nette tendance à l'enchondrome.

— Des cas de LAMBL et ARNOLD cités dans sa thèse par MALON (1881) concernant tous deux des productions congénitales bénignes, ou à côté de tissu adipeux constituant l'élément dominant de la tumeur, se trouvaient en proportion variable d'autres tissus, où enfin l'enveloppe de la néoformation était formée de derme avec des follicules pileux et des glandes sudoripares. Il s'agissait là très certainement de formations dermoïdes et non de lipome.

— De l'observation, d'OTTO WEBER citée également par MALON « J'ai eu l'occasion de voir une tumeur de la langue : elle constituait une masse cartilagineuse à peu près ronde, légèrement bombée, avec trois sailles lipomateuses arrondies et parfaitement circonscrites. Jeune fille de 15 ans. Début datant de huit ans. Volume d'une grosse noix ». Il s'agissait effectivement d'un enchondrome.

III) Certains auteurs considèrent les fibrolipomes comme des tumeurs mixtes. Nous pensons au contraire qu'il en est des fibro-lipomes comme des autres lipomes : à savoir que le tissu fibreux, tissu de soutien peut exister en plus ou moins grande quantité. Il s'en suivrait donc que nous créerions une différence bien artificielle entre les formations lipomateuses et fibrolipomateuses si nous ne considérions pas les fibrolipomes comme rentrant dans le cadre des lipomes.

Ces points étant bien précisés, nous pensons être en mesure d'entreprendre d'une façon suffisamment précise l'histoire du sujet.

Nous ne pouvons que laisser de côté l'observation fort brève et imprécise de LOUIS (1774) qui relate le cas d'un jeune garçon de 18 ans, qui présentait sur la langue « des mamelons glanduleux en forme de champignons ».

MAISONNEUVE (1848) dans sa thèse d'agrégation ne fait qu'envisager la question sur un terrain didactique.

La première pièce sur le sujet paraît être celle qui porte le numéro 1065 du « Museum of Surgeons college » attribuée à *Astley Cooper* et citée par PAGET (1853) et CLARKE. Ce dernier auteur cite aussi une seconde pièce, celle du musée de l'hôpital de Middlesex.

En 1895, VERGELY et en 1932 COLOMBO, faisant à deux époques différentes un retour sur le passé, ont trouvé respectivement 18 cas de lipomes de la langue, pour le premier, 35 cas pour le second.

Parmi les observations citées par VERGELY, nous ne retiendrons que les suivantes :

FOLLIN (1866) observe une tumeur « du volume d'un œuf, pédiculée jaune, molle, lobulée. Le début aurait eu lieu à 22 ans. L'examen histologique montra : lipome à cloisons fibreuses épaisses, développé dans la langue dont les fibres longitudinales l'accompagnent dans un tiers de sa hauteur ».

LAROYENNE (1867) constate chez un malade de 40

ans : « Tumeur de la pointe de la langue, à gauche de la ligne médiane, du volume d'une noisette, consistante, ferme. Au microscope : nature fibro-graisseuse de la tumeur extirpée développée dans l'épaisseur même des muscles de la langue.

BOUÏSSON (1868) cite le cas suivant : « Adolescent de 15 ans, présente une tumeur de la langue, du volume d'une noix molle, indolente, la muqueuse qui la recouvre est grisâtre. Examen microscopique confirme le diagnostic ».

MOLLIÈRE (1875) rapporte le cas d'un « malade de 60 ans. Tumeur du volume d'un haricot, siégeant sur le rebord gauche de la langue. Consistance molle, coloration jaune par transparence à travers la muqueuse distendue. Excision : lipome ».

De même le cas de TIZZONI et PARONA (1877) concerne un lipome pur. L'examen microscopique de la pièce avait montré en effet « des cellules de tissu graisseux réunies en lobules et divisées par une petite trame de tissu conjonctif. Grande dilatation des vaisseaux à l'intérieur de la tumeur et principalement des vaisseaux veineux sous-muqueux ».

GUELLIOT (1880) rapporte un cas typique puisque la tumeur apparue formée de « grosses cellules adipeuses serrées les unes contre les autres, formant des lobules séparées par des travées conjonctives très minces ».

CAUCHOIS a observé un cas (rapporté par Pozzi en 1883) de lipomes multiples et symétriques de la langue. Le sujet étant décédé dans les trois mois qui

suivirent l'observation un examen histologique après autopsie a montré une formation lipomateuse pure.

De même JACOPO FERRANDO (1889) a relaté un cas (dont nous publions par ailleurs l'observation complète) où toute discussion est superflue vu les résultats positifs fournis par les examens successifs au picrocarmin, à l'acide osmique et à l'hématoxyline, auxquels furent soumises les pièces anatomiques.

Toutes les observations que nous venons de citer ne prêtent pas au doute. Il n'en est pas de même du cas de KRAUSE (1889) ou aucun examen de laboratoire ne semble avoir été fait mais qui cliniquement présentait tous les caractères des formations lipomateuses : « Sujet de 62 ans. Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule; apparue il y a 4 ans, siégeant sur la moitié droite de la langue. Surface lisse, brillante, consistance molle, pseudo-fluctuation ».

Nous estimons qu'il est nécessaire de prendre ce cas en considération faute de preuves attestant la non-authenticité de la tumeur et que seul le laboratoire aurait pu nous fournir.

En résumé, il nous faudra, tout en rendant hommage au travail de recherches que VERGELY a fait, réduire à 11 son chiffre de 18 lipomes, tenant compte des réserves faites au début de ce chapitre en ce qui concerne notre façon d'envisager les différents cas qui s'offrent à nous.

On ne possède aucune notice bibliographique en ce qui concerne les cas de :

MARÇAIS cité par DÉRÉGNAUCOURT (1896) et de CÆ-

CARELLI rapporté par PARELAVECCHIO (1899), d'AGNEW qui figure dans le rapport de Pozzi (1889), et de DECÉS cité dans sa thèse par DÉRÉGNAUCOURT.

La statistique qu'a fait COLOMBO en 1932 ajoute aux cas que nous venons d'adopter dans celle de VERGELY, d'autres observations que cet auteur, semble ne point avoir connu. Dans chacune de ces observations la structure de la tumeur s'est révélée être celle d'un lipome ou d'un fibrolipome. Nous voulons parler des cas de :

IVERSEN (1870) (lipome), d'ALBERT (1885) (fibrolipome), de BARLING (1885) (lipome), de PONCET (1888) (fibrolipome), de KIRSCHOW (1889) (lipome), de RYDYGIER (1891). HEYMAN publia en 1890 une observation de lipome présentant deux faits notables, d'une part : son siège sur la partie postérieure de la langue, d'autre part la gêne fonctionnelle notable qu'il entraînait.

Mais au cours de l'époque postérieure à VERGELY, de nombreuses observations ont paru, surtout en France, qui sont toutes d'une authenticité rigoureuse et que COLOMBO ne manque pas de faire entrer dans son énumération. Nous nous permettons dans un but de méthode et de clarté de suivre l'ordre chronologique.

En 1896, deux auteurs : DÉRÉGNAUCOURT et MARTEL viennent apporter leur contribution. Bien que modifié, par la présence à sa surface d'une ulcération, le cas de DÉRÉGNAUCOURT est assez typique. Nous nous proposons de l'étudier en détail au chapitre suivant. Cet auteur a fait un travail d'ensemble sur la ques-

tion auquel nous nous sommes souvent reporté. Quant au cas de MARTEL il a trait à une tumeur mesurant respectivement : 7 centimètres de long sur 6 centimètres de large et d'une épaisseur de 4 centimètres. L'examen histologique montra : « cloisons fibreuses en réseau et tissu lipomateux, on trouve de la graisse même dans les travées fibreuses. Pédicule fibrovasculaire ». Cliniquement cette tumeur était jaune, molle, fluctuante, donc présentait tous les caractères d'une tumeur lipomateuse.

A partir de cette date, les observations vont devenir plus nombreuses. Nous ne ferons qu'en citer les auteurs, nous réservant l'exposé de leur modalité clinique dans l'étude de la symptomatologie des lipomes, espérant faire ainsi œuvre plus vivante et plus proche de la réalité.

Par ordre chronologique toujours, nous relèverons successivement les noms de GÉRARD-MARCHAND (1901), de POTHERAT (1903), de WARREN LOW (1911), de DUFOURMENTEL (1914), de GALEBSKY (1914), de MORESTIN qui publia deux cas en 1918.

Dans la période d'après guerre, les travaux de PICKERODT (1922), de SIMON (1929), d'Angelelli (1929), de JACOD (1930), de FRASSINETI (1930) précèdent l'étude de l'auteur italien COLOMBO qui apporte le 34^e cas authentique.

Depuis 1932, ROFFO et MAZZINI et SALVI ont permis, par leurs observations respectives d'atteindre le chiffre de 36. Notre maître, Monsieur le Professeur agrégé DUVOIR présente un 37^e cas : objet présent de

cette étude. Tous ces cas cliniquement certains ont été soigneusement vérifiés par des examens anatomopathologiques. Compte tenu des pièces du Museum of Surgeons College et du Musée de l'hôpital de Middlesex, mis à part les observations d'auteurs étrangers qui ont pu échapper à nos recherches, nous pouvons donc fixer avec une certitude presque absolue au nombre de 39 les cas de lipomes publiés à ce jour.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

I. — Fréquence.

OTTO WEBER dont TIZZONA en 1877 donne le passage suivant mais dont nous n'avons pu retrouver l'ouvrage, dit : « Après la télangiectasie et les hypertrophies des papilles, les autres tumeurs bénignes de la langue, sont très rares. La plus fréquente est le lipome intermusculaire qui n'acquiert guère qu'une grosseur peu importante et se laisse facilement énucléer ».

Le lipome de la langue étudié comparativement aux autres formations tumorales de cet organe se montre nettement moins fréquent que le sarcome, d'une moins grande fréquence aussi que le fibrome quoique ceci soit plus discuté. COLOMBO rapporte cette controverse dans son travail : si pour BASTIANELLI et CALVINI, le fibrome est moins fréquent que le lipome, BOUISSON, BUTLIN, BROCA sont d'un avis opposé. L'auteur italien paraît pencher vers cette dernière façon de voir et cite à cet effet la statistique d'OWEN qui étudie 250 affections de la langue, des plus diverses

quant à leur nature, trouve 3 fibromes et pas un seul lipome.

Par ailleurs le lipome se montrerait plus fréquent que les angiomes et les kystes linguaux.

II. — Age.

De l'étude des différentes observations, dont nous venons d'énumérer les auteurs, il semble qu'il n'y ait pas un âge particulier où le lipome se montre avec une fréquence plus grande. Nous nous permettrons de grouper les faits à la façon de COLOMBO en un tableau qui a le mérite d'une grande clarté et qui permet de fixer les idées d'une manière nette et prompte.

Age	Cas	Auteurs
Moins d'un an ..	3	FERRANDO, MORESTIN, POZZI.
1 à 9.....	1	HEYMAN.
10 à 19.....	1	BOUISSON.
20 à 29.....	2	RYDYGIER, DUFOURMENTEL.
30 à 39.....	2	DÉRÉGNAUCOURT, ROFFO.
40 à 49.....	4	LAROYENNE, GUELLIOT, ALBERT, POTHERAT.
50 à 59.....	4	CAUCHOIS, TERRIER, ANGELELLI, JACOD.
60 à 69.....	8	MOLLIÈRE, PONCET, KIRSCHOW, MARTEL, PROVERA, WARREN, LOW, MORESTIN, DUVOIR.
70 à 79.....	5	TIZZONI et PARONA, BARLING, VERGELY, SIMON, FRASSINATI.
80 et plus.....	2	FOLLIN, COLOMBO.

(Dans les cas qui ne figurent pas dans ce tableau, l'âge n'était pas noté).

A côté des cas rapportés par FERRANDO, MORESTIN, PICKEROD où l'âge des sujets ne dépassait pas un an, les observations de TIZZONI et PARONA, de BARLING, de VERGELY et d'autres auteurs encore, concernaient des sujets dont l'âge était compris entre 70 et 79 ans. Entre ces deux extrêmes la littérature abonde en cas intermédiaire. En se rapportant au tableau ci-dessus, il semblerait que la fréquence du lipome soit proportionnelle à l'âge, mais il ne faut pas trop prendre cela en considération. La seule certitude qui se dégage de cette étude, est que l'âge n'est pas, loin de là, d'une fixité absolue ou même relative et donc qu'il ne peut jouer aucun rôle dans l'élaboration d'un diagnostic parfois difficile.

III. — **Date d'apparition.**

Elle n'est indiquée que dans 19 cas seulement. Et nous ne voulons nullement incriminer les facultés d'observation de nos prédécesseurs. Cette lacune tient au fait que le lipome évolue d'une façon extrêmement insidieuse, sans douleur, sans gêne, son accroissement de volume est lent et lorsque le malade est appelé à consulter, soit pour le lipome dont il est porteur, soit pour toute autre raison, qu'alors on dé-

couvre fortuitement le lipome, le sujet est incapable de fixer une date quelconque, même approximative, qui aurait marquée la naissance de la néoformation. Tel nôtre malade qui pourtant porteur de 4 lipomes symétriques, avait jusqu'à notre examen, ignoré leur existence. Il s'en suit que l'on ne peut faire aucune déduction utile à ce sujet. Force étant de ne tenir compte que des 19 cas où cette date se trouve mentionnée, nous dresserons le tableau suivant :

Age	Cas	Auteurs
Congénital.....	4	PONCET, FERRANDO, MORESTIN, PICKERODT.
1 à 9.....	0	
10 à 19.....	0	
20 à 29.....	4	GUELLIOT, POTHERAT, DUFOUR- MENTEL, ROFFO.
30 à 39.....	0	
40 à 49.....	1	PROVERA.
50 à 59.....	5	FOLLIN, BARLING, JACOD, KIRS- CHOW, ANGELELLI.
60 à 69.....	3	VERGELY, MARTEL, WARREN LOW,
70 à 79	1	TIZZONI et PARONA.

IV. — Sexe.

Le lipome se rencontre surtout dans le sexe masculin. Nous relevons dans les observations : 21 hommes pour 10 femmes. La prédominance est donc nette mais moins cependant que le pensaient PARLAVECCHIO

et PROVERA : le premier de ces auteurs avait compté 9 hommes pour une femme, le second 18 hommes pour 4 femmes. Ces chiffres sont par trop éloignés des nôtres. Nous pensons que si le lipome marque une préférence pour le sexe masculin, le sexe féminin n'en est pas exempt et la différence dans le rapport de fréquence est nette, sans pour cela être bien grande.

V. — **Symptomatologie.**

La symptomatologie du lipome est essentiellement polymorphe. Elle est sous la dépendance du développement, du volume et du siège de la tumeur. Elle comporte d'une part, l'étude des signes physiques qui ne se distinguent de ceux des autres tumeurs bénignes de la langue, que lorsque le lipome a atteint un stade superficiel, sous-muqueux; elle permet de décrire d'autre part tout un cortège de signes fonctionnels, essentiellement variables et inconstants et qui n'ont rien de propre à cette affection.

SIGNES PHYSIQUES : le lipome se présente généralement sous forme d'une saillie siégeant sur l'un des bords de la langue.

La forme est soit arrondie, soit ovalaire.

Le volume est variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une mandarine, voir même d'un œuf de

poule. En général les auteurs ont trouvé leurs tumeurs du volume d'une noix. Cela semble conforme à la réalité, car il paraît impossible, qu'un malade ne vienne pas consulter alors qu'il présente dans sa cavité buccale une formation tumorale volumineuse et susceptible d'entraîner certains troubles fonctionnels que nous analyserons ultérieurement.

La surface se présente lisse ou peu lobulée. La muqueuse qui recouvre la tumeur est très souvent normale, parfois cependant elle peut être amincie, distendue. Elle n'adhère pas au plan profond.

La couleur n'est vraiment caractéristique qu'au stade sous-muqueux de l'évolution. On observe alors une teinte jaune d'or ou jaune paille qui est vraiment particulière aux lipomes; parfois cependant la tonalité n'en est pas encore aussi vive et seule une teinte grisâtre est visible.

La consistance en est molle, pseudo-fluctuante voir même fluctuante. GÉRARD-MARCHAND le note bien dans son cas. DÉRÉGNAUCOURT écrit : « Près de la ligne médiane, tuméfaction arrondie, formée de deux petites masses peu saillantes, du volume d'un haricot. Coloration grisâtre sauf en un point plus jaune. Tumeur molle, fluctuante ». Par contre dans les cas de LAROYENNE et de FERRANDO la tumeur était dure et ferme. Cette fermeté semble en rapport avec la plus grande abondance de tissu fibreux. Enfin certains auteurs comme POZZI ont insisté sur l'augmentation de consistance de la tumeur quand la langue se contracte. Ce fait relève des lipomes inter ou intra-musculaires.

La mobilité des lipomes est variable et varie avec son développement. S'agit-il d'une tumeur interstitielle, il est aisé de concevoir que cette mobilité s'en trouve fort diminuée. Tout au contraire en cas de lipomes sous-muqueux nous pouvons aisément mobiliser la tumeur.

La douleur à la palpation est généralement absente, sauf dans le cas de DÉRÉGNAUCOURT, où elle paraît tenir à une ulcération qui s'était secondairement formée sur la tumeur.

Enfin *des troubles sensitifs* objectifs ont été observés par GUELLIOT « Tumeur grosse comme une noix, largement pédiculée. Muqueuse lisse, très amincie, molle et fluctuante à la palpation. Perte de la sensibilité au tact et à la douleur, perte de la sensibilité spéciale à son niveau.

Il nous faut pour être complet faire quelques remarques encore, avant de terminer l'étude des signes physiques. Une première remarque concerne la MULTIPLICITE des lipomes. Si généralement il existe une tumeur unique, parfois on peut en observer plusieurs sur un même organe. Ainsi MOLLIÈRE trouva un lipome du bord gauche et un second plus petit à la base. CAUCHOIS en compte trois; un de chaque côté et un à la pointe. BARLING en relève quatre, de même FERRANDO. A ce propos nous citerons l'observation de VERGELY qui en trouva le nombre le plus élevé indiscutablement : « Tumeurs parues il y a 10 ans; découvertes par hasard car elles n'entraînaient ni gêne, ni douleur. La langue paraît plus

large et plus épaisse à cause des saillies jaunâtres, 5 à droite, 7 à gauche, donnant un aspect godronné. A gauche une saillie est grosse comme un pois, une autre comme une lentille, les autres comme des grains de chènevis ou de mil. A droite elles ont les dimensions d'un pois ».

Parfois même les diverses tumeurs se disposent symétriquement. L'observation de SIMON et la nôtre en fournissent le témoignage.

Nous avons vu que le SIEGE habituel, des lipomes linguaux, était le bord de l'organe. C'est effectivement là le siège le plus fréquemment rencontré, mais non le seul. On peut en effet retrouver ces tumeurs au niveau de la base, sur le dos ou encore à la pointe de la langue. Nous n'en voulons pour preuve que les cas de LAROYENNE et de BOUISSON qui siégeaient à la pointe. Ceux de IVERSEN et de MARTEL qui s'étaient développés à la base, enfin ceux de PONCET, de MORESTIN qui concernaient des lipomes du dos de la langue.

La surface, nous venons de le voir, est d'habitude recouverte d'une muqueuse intacte. Parfois cependant s'il s'agit d'une tumeur ancienne, chez un malade présentant des altérations dentaires, cette surface, par suite de traumatismes répétés (frottement) peut s'altérer et on peut observer, comme dans le cas de DÉRÉGNAUCOURT, une ULCERATION occasionnant de la douleur et surtout posant des problèmes diagnostique importants.

SIGNES FONCTIONNELS: on conçoit aisément que le

développement par trop marqué d'une tumeur dans la cavité buccale, ne saurait se faire sans altérer plus ou moins grandement l'une des fonctions physiologiques, qui demandent pour s'effectuer parfaitement, l'intégrité anatomique et fonctionnelle de cette cavité.

Des trois fonctions que nous envisageons : phonation, mastication, déglutition, une seule peut être touchée, ou toutes ensemble. Il ne s'agit d'ailleurs nullement d'une altération du processus physiologique de ces fonctions; mais seulement d'une gêne mécanique apportée à leur fonctionnement normal.

Il s'en suit donc que seuls les lipomes dépassant le volume d'une noix, ou les lipomes munis d'un pédicule plus ou moins long, autorisant une assez grande mobilité, seuls disons-nous ces lipomes parvenus à un stade de développement assez avancé, s'accompagneront de troubles fonctionnels notoires.

Souvent à ces *troubles de phonation*, de *déglutition*, de *mastication*, s'ajoute une *sialorrhée* assez marquée. Nous citerons à l'appui de ces dires, le cas de TIZZONI et PARONA : « Tumeur à la partie antéro-inférieure droite de la langue à large base, de consistance molle, recouverte d'une muqueuse de couleur normale. Volume analogue à celui d'une aveline, sans entraîner de troubles spéciaux. Quelques mois plus tard difficulté à digérer, nausées, sialorrhée. La tumeur atteint le volume d'une grosse noix, avec gêne de la parole, de la mastication, et de la déglutition.

De même dans les cas de BARLING, de TERRIER, de

MARTEL, de GÉRARD-MARCHAND, POTHERAT, PROVERA, WARREN LOW, et ROFFO, ces troubles fonctionnels sont notés.

Mis à part, les troubles que nous venons d'étudier, il peut exister UNE GÊNE A LA RESPIRATION et en cas de tumeur congénitale, chez un nourrisson, des troubles de la succion.

Nous citerons le cas de GALEBSKY dont le malade présentait un lipome pédiculé avec un pédicule si long « que dans certaines positions de la tête et en particulier au cours du mouvement tendant à la relever, la tumeur tombait dans le larynx, provoquant alors des troubles de la respiration et de la déglutition ».

L'observation de JACOD met bien en évidence ces troubles respiratoires : « Homme 59 ans. Poids 106 k. Pléthorique. Tumeur grosse comme une mandarine, s'insérant sur la moitié gauche, comblant les fossettes glosso-épiglottiques, repoussant le voile et prenant contact avec le larynx. Surface unie, muqueuse saine. Dyspnée laryngée et accès de suffocation. Sensation de corps étranger. Gêne pour avaler. Chatouillement, toux ».

Quant aux troubles de LA SUCCION ils existent chez le nourrisson et une observation en fait foi (MORESTIN) : « Enfant sexe féminin, 11 mois. Aucun antécédent particulier. Ne peut prendre le sein. Arriérée; ne parle, ni ne marche, mais cependant la morphologie est le poids sont normaux. Le crâne est volumineux. On note une dépression fronto-pariétale. La lèvre supérieure présente une encauche en accent circon-

flexe sur un tiers de l'épaisseur. Pas de dents. Aspect chaotique de la paroi inférieure de la cavité buccale. Présence à ce niveau de masses blanches et rougeâtres. Pas de gêne à la déglutition, *Succion impossible*. Gêne pour le langage ».

Nous ne ferons que mentionner l'observation d'HEYMAN qui semble considérer le ronflement nocturne de son petit malade comme un signe fonctionnel provoqué par l'existence d'un lipome : « Enfant de 6 ans, présentant depuis la naissance une tumeur nettement lipomateuse, occupant la partie postérieure de la langue. L'enfant ronfle la nuit, a difficilement appris à parler d'une façon très imparfaite ».

Comme autres signes fonctionnels nous pouvons envisager : LA DOULEUR qui lorsqu'elle existe peut être autant le fait d'une ulcération, que le résultat d'une compression des minces filets nerveux par la tumeur.

L'ulcération peut donner lieu à UNE HÉMORRAGIE qui n'est jamais abondante. Plus exactement il s'agit simplement d'un suintement hémorragique. D'ailleurs nous ne pouvons à proprement parler, considérer tant l'ulcération que ses conséquences immédiates : la douleur et l'hémorragie comme des signes de lipomes. Il s'agit là de COMPLICATIONS.

Nous venons d'étudier d'une part la tumeur linguale avec les modalités cliniques qu'elle peut présenter en rapport avec son siège, son nombre. D'autre part nous avons décrit des signes inconstants, frappant des lipomes de volume assez grand dont les uns

s'observent en dehors de toutes complications, dont d'autres au contraire traduisent l'existence d'une complication surajoutée; il nous reste à envisager l'association possible et relativement peu observée de lipomes linguaux et d'autres lipomes distribués sur diverses régions du corps.

Dans 4 observations nous trouvons à côté d'un lipome lingual une autre localisation lipomateuse.

CAUCHOIS rapporte une observation de « Lipomes symétriques de la langue et *lipome du cou* accompagnés de gomme rammollie du tissu cellulaire sous-cutané des membres, chez un tuberculeux. Homme 53 ans. Tuberculose avancée. Depuis trois ans, gêne fonctionnelle marquée, on observe une double série de bosselures de volume inégal, mais appartenant bien pour chaque côté à une même masse, allongée dans le sens du bord libre sur une étendue de 4,5 à 5 centimètres, n'atteignant pas tout à fait la pointe de la langue. Consistance élastique. Muqueuse jaune. Par ailleurs adénopathie polyganglionnaire des aines, de la nuque, et lipome du cou. Gomme au bras et à l'avant-bras gauche ».

Dans l'observation de MORESTIN (Voir ci-dessus), on peut noter, à côté de lipomes linguaux, une localisation lipomateuse sur le *plancher buccal*. Enfin nous publions l'observation de JACOPO FERRANDO intéressante d'une part au point de vue qui nous occupe présentement (lipome du rebord alvéolaire associé aux lipomes linguaux), d'autre part, par les antécédents assez curieux et bien étudiés de la petite malade :

« Fille âgée de 6 mois. Antécédents héréditaires : la grand'mère maternelle de la mère, morte d'une tumeur du nez et de l'orbite gauche : grand'mère paternelle présentait un lupus, Tante avait une grosse tumeur de la région dorsale, semblant être un lipome. La petite malade présentait, outre un palais en ogive et une pointe de la langue bifide, 5 tumeurs en tout :

La première : sur le bord gauche, du volume d'un pois chiche. La seconde : à l'angle de la bifurcation de la langue, grosse comme un grain de chanvre.

La troisième : sur le bord droit (haricot).

La quatrième : juste à droite de la troisième (petit pois). Enfin la cinquième du volume d'un grain de chanvre adhère au bord alvéolaire de la gencive inférieure.

Ces tumeurs sont blanc paille, perlée, indolente et lisses. Leur consistance est dure, élastique ».

Enfin une seule observation dans toute la littérature s'avère analogue à la nôtre et présente cette particularité de relever à côté de *lipomes symétriques de la langue*, des lipomes également *symétriques du corps*, c'est celle de SIMON dont voici un extrait : « Homme 75 ans. Lipomatose généralisée avec répartitions par endroit, symétriques de lipomes isolés. On voit en outre sur chacun des deux bords de la langue, 3 tuméfactions rondes, molles, jaunes par transparence. Par ablation d'une de celles-ci on fait la supposition que pour les autres aussi il s'agit de lipome. En l'absence de toute complication, la question du traitement ne s'est pas posée ».

OBSERVATION PERSONNELLE.

« R... (Antoine), âgé de 64 ans, camionneur; entre dans le service de M. le Professeur agrégé DUVOIR, à l'Hôpital Saint-Louis, pour des douleurs lombaires. L'examen de la langue a montré un aspect particulier. Le bord droit de celle-ci est, en effet, déformé par deux nodules du volume d'une noisette, un peu allongés d'arrière en avant, la tuméfaction antérieure commençant à 2 centimètres environ de la pointe de la langue. La muqueuse qui les recouvre a conservé, sur la face dorsale, son aspect ordinaire, tandis que, latéralement, elle a pris une teinte jaunâtre caractéristique. De consistance ferme, les deux nodules sont enchassés dans la masse musculaire de la langue dont on ne peut les séparer, mais ils sont indépendants de la muqueuse qui glisse parfaitement sur eux. Sur le bord gauche de la langue, symétriquement, s'ébauchent des tuméfactions analogues. Il n'existe aucune gêne ni de la mastication, ni de la phonation et l'indolence des lésions est telle que, si étrange que cela puisse paraître, le malade aurait, jusqu'à notre examen, ignoré leur existence. Ajoutons qu'il est presque édenté.

Les caractères des tumeurs linguales imposent le diagnostic de lipomes; leur immobilisation, leur durcissement lors des contractions de la langue permet de les classer, avec Pozzi parmi les lipomes intermusculaires, car les lipomes sous-muqueux sont mobiles et peu fluctuants. Aussi, après qu'eut été contrôlée au miroir l'absence de tout lipome de la base de la langue, l'exérèse ne fut pas tentée, et seule fut pratiquée, par M. Sylvain BLONDIN, une biopsie dont l'examen fut confié au Docteur Maurice DELAVILLE.

Des colorations furent faites au Soudan III, à l'Hémalum érythrosime safran, au Trichome Masson. L'examen des préparations montra qu'il s'agissait d'une tumeur constituée dans son ensemble par de gros éléments adipeux abondamment chargés de graisse, parfaitement colorable au Soudan. De fortes cloisons fibreuses divisent la tumeur en plusieurs petits lobules. En aucun endroit, les éléments cellulaires ne pré-

sentent de signes de différenciation. A l'une des extrémités de la tumeur, on trouve un épithélium malpighien sans altérations histologiques. Dans les couches sous-épithéliales, on note la présence de rares éléments leucocytaires et, un peu plus profondément, celle de plusieurs fibres striées.

L'histologie confirme donc le diagnostic de fibro-lipome.

L'examen général met en évidence l'existence de nombreuses masses lipomateuses à peu près symétriquement disposées.

La nuque est déformée par deux tuméfactions polylobées de la surface d'une paume de main, qui s'étendent de la région mastoïdienne jusqu'à la ligne médiane postérieure du cou, et celui-ci présente en avant une masse en fer à cheval qui, allant d'un angle maxillaire à l'autre, relie directement le menton à la région sus-sternale.

Par ailleurs, on note :

1°) Un lipome sus-acromial du côté gauche dont l'homologu aux dires du malade, aurait existé quelques années auparavant;

2°) Deux lipomes appendus au tiers supérieur de la face postérieure des bras;

3°) Deux masses lipomateuses symétriques sus et sous-ombilicales;

4°) Deux petits lipomes cruraux;

5°) Une volumineuse masse lipomateuse lombaire polylobée et symétrique, recouvrant la face postérieure des ailes iliaques, de la 5^e lombaire et du sacrum jusqu'à la naissance du sillon interfessier.

Par contre, il n'existe pas de tuméfactions, ni dans les zones ganglionnaires cervicale ou axillaire, ni au thorax, ni aux extrémités des membres.

Assez nettement limitées, molles; indolentes, les masses lipomateuses seraient apparues il y a plus de quinze ans, ce que confirme le fils de notre malade qui, ayant dépassé la trentaine, a toujours connu à son père l'aspect physique qu'il présente actuellement.

L'examen général relève aussi l'existence de quelques signes d'éthylisme chronique et une tension artérielle de

18-9 au Vaquez; des déformations des mains et du rachis, les unes traumatiques, les autres rhumatismales; enfin, un état variqueux des membres inférieurs. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Examens de Laboratoire :

Réaction de Bordet-Wasserman	Négative
Urée sanguine	0,34
Lipides sanguins totaux	7,75

Formule sanguine :

Globules rouges	3.690.000
Globules blancs	7.700
Hémoglobine	80 p. 100
Polynucléaires neutrophiles	61
Polynucléaires éosinophiles	3
Grands mononucléaires	16
Moyens mononucléaires	10
Lymphocytes	7
Formes de transition	3

CHAPITRE III

PATHOGENIE

Diverses hypothèses ont été avancées quant à la pathogénie du lipome lingual. Nous les passerons successivement en revue, en faisant pour chacune d'elles, une analyse rapide et nous nous efforcerons au cours de ce chapitre d'apporter notre modeste contribution à la résolution d'un problème jusqu'ici non éclairci encore.

I. *Transformation lipomateuse d'un angiome* : Nous ne ferons que citer pour mémoire l'hypothèse de LANNELONGUE. Cet auteur considère en effet le lipome comme l'aboutissant d'un angiome préexistant, qui selon un processus de guérison en serait arrivé au stade de tumeur lipomateuse. BASTIANELLI pense que cette façon de voir, concernerait plutôt, les lipomes congénitaux. COLOMBO, sans se prononcer en faveur de cette façon de voir, rappelle à propos de fibrome lingual le cas de CHASTENET DE GÉRY, qui relatait l'observation d'un angio-fibrome en l'interprétant comme une transformation fibreuse subtotale d'un angiome. En ce qui nous concerne, nous pensons que ce qui est peut-être vrai pour le fibrome, ne semble point l'être

pour le lipome. Le tissu fibreux, en effet, peut être considéré comme un stade évolutif vers la guérison, le tissu adipeux, tout au contraire, répond à un processus dégénératif.

II. *Traumatisme* : GUELLIOT émet une seconde hypothèse. Il envisage la formation d'un lipome lingual, comme résultant de l'action de traumatismes minimes mais répétés sur la langue, comme peuvent en produire, par exemple, des altérations dentaires.

Un auteur italien, MARTUSCELLI, dit que son malade se serait mordu la langue 10 ans auparavant, ce qui aurait eu pour effet, d'engendrer au point contu une petite tuméfaction et la tumeur (histologiquement tumeur mixte) se serait développée ultérieurement à ce niveau. Il s'agirait donc là, non plus de traumatismes répétés, mais d'un unique trauma. Contrairement donc à PARLAVECCHIO, ces deux auteurs, attribuent une grande importance à la notion de traumatisme. Nous reprendrons cette hypothèse ultérieurement, et nous émettrons notre opinion à cet égard. D'ailleurs, d'autres auteurs ont accepté cette façon de voir de GUELLIOT, tout en invoquant non plus des irritations d'ordre mécaniques, mais des irritations chimiques.

III. *Dysembryoplasie* : Enfin nous croyons que deux hypothèses surtout méritent d'être retenues. L'une de ces hypothèses envisage le lipome comme étant le résultat d'un dysembryoplasie, ainsi que ce fait s'ob-

serve dans de nombreuses variétés de tumeurs. Il faut admettre qu'il existe à l'origine une inclusion embryonnaire de cellules conjonctives possédant un certain potentiel prolifératif et devenant secondairement cellules graisseuses.

Cette hypothèse a l'avantage d'expliquer les lipomes congénitaux. Elle permet aussi d'expliquer la formation de ces lipomes isolés apparus à l'âge adulte sans aucune manifestation antérieure. Dans ce cas, la cellule embryonnaire longtemps latente, commence à proliférer au moment où certaines causes pathologiques, encore imprécises, troubles des métabolismes ou troubles endocriniens peut-être, viennent influencer l'organisme du sujet.

Mais cette hypothèse ne nous paraît pas convenir à certains cas où l'on observe à côté de lipomes lin-gaux multiples ou isolés, une lipomatose diffuse du corps, ou certaines tumeurs lipomateuses elles aussi multiples et souvent symétriques ou isolés. Il nous semble que l'hypothèse suivante est à préférer dans ces cas-là.

IV. *Dystrophie lipomateuse et diverticule de succion* : Un sujet qui par suite d'un trouble des métabolismes, ou d'une altération endocrinienne, a tendance à faire une tumeur graisseuse du cou, de l'épaule, voire même plusieurs formations lipomateuses, réparties sur tout le corps avec parfois une certaine symétrie entre elles, peut très bien présenter une néoformation de même nature au niveau de la

langue qui est un organe présentant en certaines de ses parties, une quantité très modérée certes, de tissu graisseux, répartie entre les fibres musculaires. On peut donc aisément, concevoir un sujet, qui arrivé à une certaine période de son existence, voit son organisme, marquer une nette tendance à former du tissu adipeux. Il faut alors invoquer un facteur local qui déterminerait la formation de cette tumeur graisseuse en telle région du corps, plutôt qu'en telle autre. C'est à propos de ce facteur local que nous pouvons avancer la notion de traumatismes vus plus haut. Parmi tous ces traumatismes minimes tant chimiques que mécaniques, l'un d'entre eux à notre avis n'a pas été bien mis en évidence. Ce facteur mécanique serait représenté par la *succion*. Il nous a paru, en effet, que dans beaucoup d'observations on signalait un mauvais état de dentition du malade. On peut très bien imaginer que le sujet fasse saillir par des mouvements de succion, une certaine surface des bords de la langue à travers l'intervalle libre, formé par l'extraction antérieure d'une dent, déterminant ainsi un diverticule. Il s'en suivrait donc un certain degré d'irritation capable de localiser précisément à ce niveau cette tendance lipomateuse du sujet. Ces diverticules de succion ont été bien étudiés récemment par Messieurs DELARUE et HOUSSET (Société odonto. de France. Avril 1937). Il nous a été impossible de vérifier ce fait dans les observations antérieures à la nôtre. Chez notre sujet, en introduisant le doigt dans la région gingivo-jugale et en comman-

dant au malade des mouvements de succion, on perçoit un certain relief de la langue de part et d'autre d'une grosse molaire supérieure.

Nous voyons donc que cette théorie comporte l'association de trois facteurs : d'une part, un facteur local, irritation chimique ou mécanique et où la succion joue peut-être un rôle important. D'autre part, un facteur général, tendance d'un organisme à faire du tissu lipomateux en plus grande quantité que normalement. Enfin ce facteur général lui-même sous la dépendance d'un troisième facteur, encore imprécis en rapport peut-être avec un trouble endocrinien ou une altération des métabolismes.

Il semblerait que les deux hypothèses que nous venons de voir en dernier se rejoindraient à leur base. En effet, ces troubles d'ordre métabolique ou d'ordre endocrinien qui serviraient à expliquer dans une certaine mesure, la réapparition d'une activité cellulaire jusque là latente, nous les évoquons à nouveau dans la dernière théorie quand nous voulons expliquer la tendance lipomateuse que peut présenter un sujet à une certaine phase de son existence.

En fait, la pathogénie des lipomes demeure encore obscure. Les lipomes congénitaux, semble-t-il, sont produits par une dysembryoplasie. Les lipomes de l'âge adulte peuvent, quand ils sont isolés, résulter du même processus, mais associés à d'autres lipomes du corps, ils semblent plutôt répondre à une dystrophie lipomateuse associée à un facteur local, variable quant à sa nature.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour avoir une idée assez précise de l'anatomie normale de la langue, nous ne pouvons que rappeler la description même de RICHET : « Les fibres musculaires sont tellement serrées, qu'à peine existe-t-il dans leur intervalle un peu de tissu cellulaire, excepté à la base, où se trouve une graisse fluide assez abondante. La langue offre donc le caractère des organes musculieux renfermés dans des cavités splanchniques, le cœur, l'utérus, par exemple ».

Nous allons étudier du point de vue macroscopique, le siège, les rapports, la forme des lipomes, et du point de vue microscopique, la structure de la tumeur elle-même, son retentissement sur les fibres musculaires voisines et sur la muqueuse à son contact.

I. — Etude Macroscopique.

A. *Siège* : Pour certains auteurs, dont MALON et GUELLIOT, le lipome serait toujours *intra-musculaire* tout au moins à son début, puis augmentant de volume, il tendrait à se rapprocher de la surface de la langue, cheminant entre les fibres musculaires grâce au jeu des pressions qu'exerceraient ces fibres. Dans

une troisième plaque, il soulèverait la muqueuse, devenant ainsi parfaitement visible. Cette façon de voir n'est pas celle de Pozzi qui a établi une classification des lipomes à laquelle on est resté fidèle depuis. Nous nous en tiendrons à cette classification qui distingue :

- des lipomes intra-musculaires;
- des lipomes inter-musculaires;
- des lipomes sous-muqueux.

L'auteur ne voit pas là trois étapes successives d'une tumeur d'abord profonde, puis progressivement superficielle, mais base son énumération sur les différents points de départ des tumeurs. Selon que le lipome aura pris naissance dans le tissu sous-muqueux ou dans les îlots graisseux inter ou intra musculaires, la structure de la tumeur sera différente ainsi que nous le verrons ci-après et ces faits justifieraient cette classification.

Le lipome purement intra-musculaire est rare. ASTLEY-COOPER, GÉRARD-MARCHANT, MORESTIN, seuls l'ont signalé.

Le lipome à la fois inter-musculaire et sous-muqueux est déjà plus fréquent : FOLLIN, LAROYENNE, CAUCHOIS, PROVERA, ANGELELLI l'observèrent dans leur cas respectifs.

Le lipome sous-muqueux est la variété la plus fréquemment observée et cela d'une façon indiscutable.

En ce qui concerne le siège en surface, le volume, la multiplicité, nous n'ajouterons rien à ce que nous avons déjà dit à ce sujet au chapitre II.

B. Forme : La forme est arrondie, ovoïde, régulière

dans le cas de lipome sous-muqueux. De gros lobules graisseux sont perceptibles. Cette variété de lipome d'ailleurs est tantôt sessile, tantôt pédiculée; cette dernière forme est rare. Le pédicule a une longueur variable. ALBERT trouve un pédicule long. IVERSEN, au contraire, le voit court et JACOD l'estime très court. A ces trois auteurs, il convient d'ajouter FOLLIN, GUELLIOT, MARTEL, GALEBSKY qui ont eu eux aussi affaire à des lipomes pédiculés.

Sessile ou pédiculée, la tumeur présente toujours une *capsule* qui l'isole nettement des tissus voisins. Cette capsule est d'origine conjonctive.

Pour les lipomes inter ou intra musculaires, la forme n'est plus aussi régulière. Elle est sous la dépendance des pressions et contrepressions distribuées irrégulièrement sur la surface de la tumeur, tout au long de son développement et d'origine musculaire. La capsule n'existe pas et de nombreux prolongements en grappes infiltrent le tissu environnant.

II. — Etude Microscopique.

A. La tumeur : Deux tissus la forment :

— D'une part, un *tissu fibreux*, divisé en fines travées délimitant des loges.

— D'autre part, un *abondant tissu adipeux*, remplissant les compartiments réservés par le tissu de soutien. Ce tissu adipeux est formé de cellules en pleine dégénérescence représentées uniquement par

leurs parois, contre une desquelles se trouve un noyau bien développé : le protoplasma a fait place à des vésicules graisseuses très grosses, gorgeant littéralement la cellule, mais rarement vues, car facilement dissoutes par les liquides fixateurs.

Dans les cas histologiquement purs, le tissu fibreux, n'est représenté que par de minces travées. Le tissu adipeux bourre en quelques sortes, les mailles formées par le tissu de soutien. Mais ce tissu connectif fibreux peut devenir plus abondant, plus épais, donnant lieu à un fibrolipome, sans que dans la formation de ce dernier, on puisse évoquer une pathogénie différente de celle des lipomes purs. C'est avec raison que l'on apparente ces tumeurs fibro-lipomateuses aux lipomes. Il est vraisemblable d'admettre que cette production plus importante de tissu fibreux est par exemple sous la dépendance d'une cause locale telle que l'action plus grande et plus souvent répétée d'un traumatisme sur la tumeur. De ce fait, la nature même de la tumeur ne changeant pas, il est logique de l'incorporer aux lipomes purs.

B. *Lésions de voisinage :*

a) *Muscle* : Les fibres musculaires contiguës à la néoformation peuvent être déplacées, comprimées par le développement de la tumeur et, histologiquement, présentent des degrés divers d'atrophie.

Ces lésions s'observent surtout dans les lipomes intra-musculaires, beaucoup moins dans les lipomes sous-muqueux.

b) *Muqueuse* : Elle aussi n'est pas toujours indemne. Les cas où la muqueuse est altérée semblent répondre aux lipomes sous-muqueux. On voit alors soit une muqueuse lisse tendue, soit, au contraire, une muqueuse épaissie.

Lorsque la tumeur siège en pleine face dorsale de la langue, la muqueuse est lisse et dépourvue de papilles lesquelles sont atrophiées au sommet et à l'opposé, hypertrophiées à la base (BROCA).

ANGELELLI dans son cas avait noté une hyperkératose sur le côté malade et en trouvait l'explication dans les traumatismes répétés qui affectaient cette région tuméfiée.

COLOMBO, lui aussi note un épaissement déjà visible macroscopiquement, confirmé au microscope où l'on voyait « une augmentation d'épaisseur des couches basale et cornée avec akantose et hyperkératose ».

Ces hyperkératoses s'observent au niveau des diverticules de succion. Peut-être est-ce là un argument important en faveur de l'hypothèse pathogénique que nous avions émise précédemment.

Enfin, très rarement, la muqueuse peut être altérée au point de présenter une ulcération relevant de deux causes soit la distension excessive du tissu, soit l'action répétée de traumatismes.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de lipome de la langue peut se présenter dans deux circonstances différentes :

Tantôt, il s'agira d'un lipome superficiel sous-muqueux où les signes seront des plus nets;

Tantôt au contraire, la situation inter ou intra musculaire de la formation tumorale fera perdre de leur netteté aux signes cliniques et toutes les tumeurs solides ou liquides de la langue seront à discuter. Souvent, toujours même, il faudra avoir recours à l'anamnèse, à la ponction exploratrice, etc... pour pouvoir établir un diagnostic ferme.

LE LIPOME SUPERFICIEL ne peut pas prêter à confusion. Le diagnostic est évident, il suffit d'y penser pour l'établir d'une façon indiscutable. Nous rappellerons que parmi tous les signes que nous avons décrit ayant trait à cette tumeur, *la coloration* tout à fait spéciale, jaune d'or caractéristique observée par transparence à travers une muqueuse amincie, mais lisse, normale, suffit à attirer l'attention et à faire envisager la nature lipomateuse de la tumeur. D'autres signes confirmeront cette façon de voir, nous ne ferons que les citer : Forme régulière, surface lisse,

peu lobulée, surtout consistance molle, fluctuante ou tout au moins pseudo-fluctuante. Vraiment avec un tel ensemble de signes, le diagnostic ne souffre aucune difficulté.

Il en est tout autrement des LIPOMES PROFONDS. Dans ce cas la couleur ne se manifeste pas encore, l'exploration clinique habituelle permet seulement d'affirmer, parfois mais pas toujours, l'existence d'une tumeur molle et fluctuante, assez régulière et de limites nettes. Mais beaucoup d'autres tumeurs peuvent donner un semblable tableau clinique. La clinique, certes, peut apporter des éléments distinctifs mais bien souvent il sera nécessaire d'avoir recours à des examens complémentaires, la ponction exploratrice, par exemple, pour pouvoir trancher la question. Bien souvent aussi il faudra faire une enquête poussée sur les antécédents, rechercher la concomitance d'autres tumeurs analogues en diverses régions du corps (c'est le cas, par exemple, des kystes hydatiques), essayer parfois un traitement d'épreuve pour éliminer l'hypothèse de gomme syphilitique. Nous voyons donc que le diagnostic de lipome n'est pas toujours facile à faire et qu'il nous faudra envisager successivement toutes les formations tumorales de la langue.

La première étape du diagnostic consistera à éliminer les tumeurs malignes, car ce sont elles qui forment la base de tout diagnostic de tumeur linguale et cela se conçoit aisément vu leur gravité d'une part, vu la thérapeutique qui découle de leur constatation d'autre part.

La seconde étape dépend des renseignements fournis par l'examen clinique de la tumeur. Une fluctuation nette fera discuter toutes les tumeurs liquides, en particulier, les formations kystiques et la gomme syphilitique profonde. L'absence ou le peu de netteté de la fluctuation obligera à passer en revue les tumeurs solides.

Enfin une troisième étape ne concerne que la rare ulcération que peut présenter un lipome et qui fera discuter surtout les ulcérations reposant sur une tumeur, principalement l'ulcération néoplasique et l'ulcération syphilitique tertiaire.

I. Ce qui à notre avis domine tout le diagnostic est d'abord de déterminer si l'on se trouve en présence d'une tumeur bénigne ou au contraire d'une tumeur maligne, auquel cas la thérapeutique la meilleure devra être l'intervention la plus précoce. Il nous faudra donc différencier le lipome, tumeur essentiellement bénigne de l'EPITHÉLIOMA INTERSTITIEL dont la malignité est bien connue. L'épithélioma interstitiel au début, alors que la muqueuse est encore intacte, se présente comme un petit nodule logé dans l'épaisseur même de la langue et qui dans les cas typiques tout au moins manifeste sa malignité par trois signes, communs d'ailleurs à ces variétés de tumeur : d'abord une *dureté* bien spéciale qui ne rappelle en rien la fluctuation et la mollesse du lipome ; puis le manque de limites du noyau qui a tendance à se confondre avec les tissus normaux sans que par la palpation on

puisse lui attribuer des contours nets. Enfin la muqueuse peut déjà avoir perdu de sa mobilité et si le malade ne souffre pas, du moins il se mord la langue et bredouille. L'envahissement des parties avoisinantes et en particulier du plancher de la bouche n'est pas encore fait à ce stade et seuls peut-être quelques ganglions peuvent déjà être perceptibles dans la région sous-maxillaire ou le long du sterno-cléïdo mastoïdien. L'évolution en est rapide. Dans les cas typiques, le diagnostic n'est guère hésitant. Mais il peut exister des cas douteux où la symptomatologie incomplète, ne permet pas de trancher d'une façon définitive. Il est utile alors de recourir à l'examen histologique d'un fragment de la tumeur suspecte. S'il s'agit d'une *tumeur maligne d'origine conjonctivale*, le diagnostic est parfois aisé : c'est le cas de la forme pédiculée des *sarcomes*. Tout un cortège fonctionnel des plus suggestifs accompagne la tumeur : douleur, hémorragies modérées mais fréquentes, fétidité de la salive. La tumeur est irrégulière, en forme de chou-fleur grisâtre, plus ou moins lobulée. En réclinant cette tumeur, le pédicule apparaît, pénétrant dans l'organe et y donnant un noyau dur, mal limité. La consistance de la tumeur est molle, rénitente, en l'appréciant on détermine un suintement hémorragique. L'augmentation de son volume est rapide. Rien on le voit ne rappelle le tableau du lipome pédiculé.

Au contraire, le diagnostic de la forme interstitielle du sarcome n'est pas facile à faire. C'est une masse non douloureuse, bien limitée, de consistance plus

ou moins ferme, du volume d'une noisette, l'adénopathie est rare. Seules l'évolution marquée par une augmentation de volume rapide de la tumeur ou la biopsie peuvent être des guides précieux.

II. L'hypothèse d'une tumeur maligne étant rejetée, il reste à savoir si la néoformation rentre dans le cadre des tumeurs solides ou liquides. Pour faire cette distinction un seul signe est nécessaire : la fluctuation. Mais la langue est un organe dont la consistance et la mobilité représentent autant de difficultés pour bien percevoir cette fluctuation.

S'il s'agit d'une TUMEUR LIQUIDE en apparence, toutes les formations kystiques devront être discuter.

Le kyste hydatique est rare, toujours unique et forme une tumeur de la grosseur d'une noix, arrondie, lisse, siégeant en pleine épaisseur du muscle. Sa consistance est, tantôt fluctuante, tantôt élastique ferme. Aucun de ces signes, vraiment, est à lui seul suffisamment caractéristique pour étayer solidement un diagnostic.

Le kyste mucoïde siège toujours à la base de la langue et ce fait s'explique aisément par son origine congénitale au dépend du canal *thyreo-glosse de Bochdaleck*. On le trouve donc dans la région du V lingual au-dessus du foramen cæcum.

Le kyste colloïde rencontré surtout chez la femme, siège au niveau du foramen cæcum et son appellation de kyste lingual est justifiée par sa formation au dépend du tissu thyroïdien aberrant.

Quant au *kyste dermoïde*, comme les deux forma-

tions tumorales précédentes, il est d'origine embryonnaire.

Mais kyste hydatique comme kystes mucoïde, colloïde et dermoïde ont au point de vue clinique le même aspect que le lipome profond. Le *kyste hémattique* ne s'en distingue pas davantage. Force nous est donc d'avoir recours à la seule *ponction exploratrice* qui permettra de faire d'une façon sûre un diagnostic.

C'est ainsi qu'en cas de kyste hydatique elle donnera un liquide transparent, clair comme de l'eau de roche. Elle montrera un contenu visqueux et filant ressemblant à du blanc d'œuf s'il s'agit d'un kyste mucoïde. Si elle permet d'extraire quelques gouttes d'une substance épaisse et butyreuse, blanchâtre ou jaunâtre analogue à de la purée de châtaigne ou à de la glace au café, elle permettra d'affirmer un kyste dermoïde. Le sang pur retiré d'une tumeur traduira la nature hémattique. Enfin dans le cas de lipome la ponction est le plus souvent blanche.

A côté de ces formations kystiques où la fluctuation vient traduire la présence de liquide, il existe d'autres tumeurs qui arrivées à un certain stade de leur développement sont en quelque sorte ramollies et présentent de la pseudo-fluctuation. Elles peuvent de ce fait prêter à confusion avec le lipome.

Nous voulons parler de la *gomme syphilitique profonde* qui après plusieurs mois de cruidité, évolue vers le ramollissement. De la grosseur d'une noisette ou d'une noix arrondie, plus ou moins bien limitée, elle perd de sa consistance par un processus suppuratif

et a tendance à altérer la muqueuse qui rougit, prête à s'ulcérer. Si ce dernier caractère manque il est bon de se rapporter à l'anamnèse, au siège de la tumeur (sur la face dorsale presque exclusivement), aux autres signes concomitants de spécificité, enfin le cas échéant à un traitement anti-syphilitique d'épreuve.

L'abcès froid de la langue, bien que rare et observé souvent chez des tuberculeux avérés, peut être aussi, primitif. Rarement vu à sa phase de crudité, il peut présenter de grandes analogies avec le lipome et la gomme syphilitique profonde à sa période de ramollissement. La gomme tuberculeuse siège en effet profondément en pleine épaisseur de l'organe, vers sa partie moyenne, s'extériorisant vers la face dorsale; elle se présente sous la forme de bosselure nettement fluctuante.

On peut être amené à discuter également un *angiome tubéreux*. De son siège nous ne pourrions tirer aucune déduction valable, cette tumeur pouvant se rencontrer en n'importe quel point de la langue. La tumeur est bien circonscrite, bosselée, mollassse, tous caractères de similitude avec le lipome. Nous pensons que la couleur de l'angiome variable selon les moments, du rouge foncé au violet noirâtre, le fait aussi qu'il est parfaitement réductible, susceptible d'augmenter de volume dans l'effort ou au moment de la menstruation, sont des signes qui permettent de faire un diagnostic. Parfois même, à tous ces signes distinctifs, s'ajoute une pulsatilité qui permet de soulever l'hypothèse d'une transformation en anévrisme circoïde.

Un lymphangiome peut être évoqué : c'est une tumeur plus ou moins saillante, mamelonnée, d'une consistance assez dure, du volume d'un noyau de cerise à celui d'une noix. Mais cette tumeur est surmontée de varices lymphatiques, tantôt isolées, tantôt agminées, parfois transparentes, parfois hémorragiques.

Dans d'autres cas, et nous en avons vu les raisons plus haut, la fluctuation n'a pas pu être mise nettement en évidence, si bien que l'on pense de prime abord à une TUMEUR SOLIDE.

L'abcès froid de la langue à sa phase de crudité, il est vrai très rarement observé pour ne pas dire jamais, et la *gomme syphilitique* profonde, avant le ramollissement, peuvent être discutés tour à tour. La syphilis peut donner également des *lésions gommeuses superficielles* qui se traduisent par la formation de tubercules gros comme un pois ou une noisette, saillants sous la muqueuse qui est rouge, lisse, vernissée. Généralement ces gommes superficielles sont multiples au point que RICORD parlait de la langue « rembourée de noisettes ». Même en cas de lipomes multiples, on ne note jamais un aussi grand nombre de tumeurs réparties sur un même organe. Vraiment dans ce cas particulier un seul diagnostic peut être soulevé : celui de l'*actinomyose*, mais cette affection est exceptionnelle à la langue.

Abcès froid ou gommes syphilitiques, nous l'avons vu, sont surtout diagnostiqués par leur évolution vers l'ulcération, les signes fournis par l'examen général du malade, et les épreuves sérologiques, voire même par les résultats d'un traitement d'épreuve.

Un lipome pédiculé peut être discuté avec un *papillome*, mais cette tumeur est rare, elle se voit surtout à la pointe. Il est un diagnostic particulièrement difficile à faire, c'est celui de *fibrome*. Certes lipome et fibrome sont nettement différenciés dans les cas typiques. Le fibrome est nettement une tumeur arrondie, hémisphérique à limites nettes, de consistance uniformément dure; la muqueuse conserve toute son intégrité. Cette dureté bien spéciale permettra en cas de fibrome profond de différencier cette tumeur des autres tumeurs linguales. Mais ce qui complique le diagnostic c'est qu'il n'existe pas toujours des cas aussi tranchés. La participation fibreuse et la participation lipomateuse peuvent être plus ou moins marquées, donnant ainsi naissance à toute une gamme de tumeurs que nous appellerons des *fibro-lipomes*. Le diagnostic est presque impossible à faire. Au reste n'avons-nous pas déjà fait cette remarque dans le chapitre premier et n'avons-nous pas convenu d'assimiler les fibro-lipomes aux lipomes ?

Nous ne voulons dire que quelques mots pour les *lipomes secondairement ulcérés*. C'est une éventualité rare qui pose le diagnostic de toutes les ulcérations linguales.

Il faut tout d'abord éliminer les *ulcérations par chicot dentaire*, la *plaque muqueuse ulcérée*, l'*ulcération tuberculeuse* irrégulière, violacée, non indurée, à bords découpés en fjords, à fond raviné, anfractueux, entourée de nodules gris jaunâtres de TRELAT. Toutes

ces ulcérations ne reposent pas sur une tumeur, le diagnostic est de ce fait, aisé.

Mais nous attirerons l'attention sur les ulcérations dont la base profondément indurée repose sur une formation tumorale et principalement sur le chancre syphilitique, l'ulcération syphilitique tertiaire, l'ulcération néoplasique.

Le chancre syphilitique des bords de la langue présente tous ses caractères typiques et son diagnostic est facile en général.

L'ulcération syphilitique tertiaire a une base dure, infiltrée, les bords en sont nets taillés à pic comme à l'emporte pièce; le fond est jaune, bourbillonneux tapissé d'un enduit adhérent. Le diagnostic en sera facilité par la coexistence d'autres formes en évolution, noyaux encore durs, enchassés dans le parenchyme, ou par la juxtaposition d'un processus scléreux qui au maximum donne la langue ficelée syphilitique.

Enfin *l'ulcération néoplasique* se caractérise par une base infiltrée, un fond déchiqueté, rouge sale d'où s'écoule un liquide sanieux, fétide, des bords éversés formant un bourrelet caractéristique. Ajoutons que la pression fait sourdre des vermiothes autour du cratère. Enfin l'adénopathie précoce, la salivation intense accusée par le malade; la nette tendance aux hémorragies, la douleur et en particulier l'otalgie très vive, contribuent à broser un tableau clinique bien différent de celui que donne un lipome ulcéré.

En conclusion, retenons l'extrême facilité du diagnostic quand on se trouve en présence d'un lipome pur, superficiel; tout au contraire la foule des problèmes que pose un lipome interstitiel, voire ulcéré. Dans la résolution de ces problèmes la clinique est souvent insuffisante et cette insuffisance justifie la biopsie, la ponction exploratrice, l'étude de l'anamnèse, un examen général du sujet et parfois même un traitement anti-syphilitique d'épreuve.

TRAITEMENT

Le traitement des lipomes linguaux est uniquement chirurgical. Il faut convenir toutefois que l'exérèse chirurgicale n'est dans la majeure partie des cas jamais envisagée. Ce fait tient à ce que la tumeur n'entraîne que rarement des troubles suffisamment intenses pour justifier un tel traitement et surtout pour le faire admettre facilement au patient.

Dans notre cas personnel aucun traitement ne fut entrepris. Nous avons déjà vu que notre malade n'était nullement gêné par l'augmentation de volume de sa langue et était venu consulter pour toute autre raison. La littérature abonde en cas analogues au nôtre. Le fait qui à notre avis doit commander un traitement radical, réside dans la constatation de troubles de la phonation, de la déglutition, de la mastication et chez l'enfant, de la succion. Mais toutefois, il n'est qu'un cas semble-t-il où la vie du patient fut véritablement en danger : c'est celui relaté par JACOD où la tumeur entraînait des accès de suffocation avec dyspnée à type laryngé, tels, que la respiration paraissait grandement compromise. Il est exceptionnel aussi de voir une complication déterminer l'acte chirurgical. L'infection et la suppuration n'ont jamais été observées. Peut être en cas d'ulcération, des hémorragies répétées constitueraient une indication.

Quant à la technique à suivre, elle est habituellement simple. Deux cas peuvent se présenter à l'opérateur, commandant deux techniques différentes. Ou bien il s'agit de lipome sessile ou interstitiel, ou bien il existe une tumeur pédiculée.

Pour le lipome sessile ou interstitiel, deux procédés peuvent être envisagés. Celui qui est adopté par la majorité des auteurs consiste à pratiquer l'*énucléation* simple de la tumeur. Nous n'avons relevé que trois auteurs seulement qui ont choisis la seconde technique : la *résection cunéiforme* et nous voulons parler de LAROYENNE, BOUISSON et COLOMBO.

En ce qui concerne le lipome pédiculé, il faut d'abord pratiquer la ligature du pédicule que l'on fera suivre de la diérèse sanglante. Cependant en utilisant l'anse galvanique l'hémostase est produite spontanément et cela constitue un point important qui facilite grandement l'intervention.

Dans tous les cas, l'anesthésie sera toujours une anesthésie locale pratiquée à l'aide de la solution de novocaïne habituelle à laquelle on pourra ajouter quelques gouttes d'adrénaline à 1 pour 1000. Cette anesthésie sera suivie d'une incision, soit rectiligne sur le bord libre de la langue, soit en forme de V dont chacune des branches est située de part et d'autre de la tumeur. Au moment de suturer l'on pourra, au cas où la tumeur serait assez volumineuse, pratiquer une résection de la muqueuse afin de redonner à la langue sa structure initiale dans toute son intégrité. Aucune tendance à la suppuration ne se manifestant

au niveau de la tumeur, il est inutile de drainer. La cicatrisation est rapide.

Il nous reste à envisager, en matière de conclusion à ce chapitre, les résultats post-opératoires. Généralement l'opération a été facile, la tumeur a pu être extraite en **totalité**, les **récidives** ne se produisent jamais. Mais nous nous garderons bien de poser comme une règle cette facilité opératoire. Les difficultés se montrent surtout en cas de lipomes inter ou intramusculaires, qui n'ont pas à proprement parler de capsule nette et qui revêtent la forme infiltrante. Nous n'en voulons pour exemple que le cas de Carchois et Pozzi dont on peut lire par ailleurs l'observation détaillée. Il faut alors faire une dissection laborieuse et combien minutieuse et fatalement subsisteront des fragments de la tumeur. Des récidives seront alors à craindre.

Nous retiendrons donc que l'intervention chirurgicale ne s'impose pas toujours mais que lorsque on y a recours, dans l'immense majorité des cas, c'est une intervention sans danger, facile et apportant la guérison complète.

CONCLUSIONS

I. Le lipome de la langue est une affection rarement observée, dont on ne trouve, dans la littérature médicale, que 39 cas authentiques.

II. Il s'agit, tantôt d'un lipome isolé, tantôt de lipomes multiples et dans ce cas parfois symétriques, associés ou non à une lipomatose généralisée, ou à des lipomes répartis sur diverses régions du corps. Lorsque la tumeur est superficielle, sa symptomatologie est typique et la couleur en est l'élément le plus suggestif. Par contre, lorsque la tumeur siège dans l'épaisseur même de la langue, le tableau perd beaucoup de sa netteté.

III. La Pathogénie des lipomes est obscure.

— Dysembryoplasie pour les lipomes congénitaux ou ceux apparus tardivement sans manifestations lipomateuses associées.

— Dystrophie lipomateuse pour les lipomes associés à d'autres tumeurs identiques du corps, avec intervention d'un facteur local (diverticule de succion, par exemple), expliquant leur localisation linguale.

— A la base de ces deux hypothèses, on note la possibilité de troubles des métabolismes ou des glandes endocrines.

IV. L'Anatomie pathologique permet de classer les lipomes en trois groupes, intra-musculaires, inter-musculaires, sous-muqueux et révèle histologiquement la coexistence de tissu connectif fibreux et de tissu adipeux, avec prédominance nette de ce dernier dans le cas de lipome pur. La plus grande abondance de tissu fibreux telle qu'elle est observée dans les cas de fibrolipome, semble relever uniquement d'une cause locale et non d'une pathogénie différente. Il convient donc de réunir en un seul groupe lipomes et fibrolipomes.

V. Un lipome superficiel est d'un diagnostic facile, évident même. Par contre le diagnostic du lipome inter ou intra-musculaire oblige à éliminer les autres formations tumorales solides ou liquides de la langue et nécessite souvent des examens complémentaires.

VI. Le traitement est chirurgical. Il s'impose rarement. Quand il est entrepris il assure généralement une guérison complète définitive.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président de Thèse,
LEMAITRE.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

OBSERVATIONS

I. Pièce N° 1065 du « Museum of Surgeons College », attribuée à ASTLEY COOPER, citée par PAGET (1853) et CLARKE.

II. Pièce du Musée de l'hôpital de Middlesex citée par CLARKE

III. FOLLIN (1866).

« Tumeur volumineuse, siégeant à la partie latérale gauche, un peu en arrière de la pointe; volume d'un œuf; large pédicule; couleur jaune; consistance molle; surface lobulée, légèrement ulcérée au niveau des dents aiguës à gauche.

Début aurait eu lieu à 22 ans. Gêne à la parole et à la mastication.

Ablation.

Examen histologique : lipome à cloisons fibreuses, épaisses, développé dans la langue, dont les fibres longitudinales l'accroissent sur 1/3 de hauteur ».

IV. LAROYENNE (1867).

« Malade âgé de 40 ans, présente sur la pointe de la langue, à gauche de la ligne médiane, une tumeur du volume d'une noisette; consistance ferme; début remonte à un an; accroissement lent. Pas de ganglions, pas de douleurs lancinantes. Incision en V. Ablation. Examen histologique : nature fibrograisseuse de la tumeur extirpée, développée dans l'épaisseur même des muscles de la langue ».

V. BOUISSON (1868).

« Adolescent de 15 ans présente une tumeur du volume d'une noix, molle, indolente; muqueuse grisâtre. Incision en V. L'examen microscopique confirme le diagnostic ».

VI. IVERSEN (1870).

« Sujet du sexe masculin, présente une tumeur unique, pédiculée de la base de la langue, à gauche, au niveau de la fossette glosso-épiglotique; volume d'une noisette. Ablation : le sujet qui présentait ultérieurement un état dépressif à type mélancolique, redevient normal. Histologie : lipome ».

VII. MOLLIÈRE (1875).

« Malade de 60 ans. Tumeur du volume d'un haricot, sur le bord gauche de la langue; consistance molle; coloration jaunâtre à travers une muqueuse distendue. Excision : lipome ».

VIII. TIZZONI et PARONA (1877).

« Tumeur de la partie antéro-inférieure droite de la langue, à large base, molle, recouverte d'une muqueuse de couleur normale; son volume était celui d'une aveline, sans entraîner de troubles spéciaux.

Quelques mois plus tard, difficultés à digérer, nausées, besoins de cracher. Tumeur atteint le volume d'une grosse noix, avec gêne à la parole, à la mastication, à la déglutition.

A l'examen : siège à la partie inférieure et dorsale. Forme allongée, ovoïde, large base d'implantation. Son plus grand diamètre est dirigé parallèlement au bord; son extrémité antérieure est à un centimètre de la pointe de la langue. La tumeur est recouverte d'une muqueuse amincie, transparente. La surface est lisse, brillante, de couleur jaune rougeâtre.

A la palpation : tumeur fixée à la langue, élastique. Fluctuation nette. Indolence.

Examen histologique : Cellules de tissu graisseux, réunies

en lobules et divisées par une petite trame de tissu conjonctif.

Epithélium de la muqueuse normal.

Grande dilatation des vaisseaux à l'intérieur de la tumeur, surtout des vaisseaux veineux sous-muqueux. Fibres musculaires dissociées, mais non altérées. L'origine de la tumeur est dans le tissu conjonctif intermusculaire ».

IX. GUELLIOT (1880).

« Début à l'âge de 23 ans. Siège à droite de la pointe à l'union du bord et de la face supérieure. Accroissement lent, sans gêne. Depuis deux ans, la tumeur, vu son volume, donne des troubles de la phonation.

Indolore, ne gêne ni la mastication, ni la déglutition. Grosse comme une noix : longuement pédiculé; ne paraît envoyer aucun prolongement entre les muscles et est située sous la muqueuse qu'elle soulève.

La surface est rose pâle, jaune par place. La muqueuse est lisse, très amincie.

A la palpation, tumeur très molle, fluctuante. Perte de la sensibilité au contact et à la douleur, de la sensibilité spéciale à son niveau. Dents cariées de son côté. Excision.

Au microscope : grosses cellules adipeuses, serrées les unes contre les autres, formant des lobules séparés par des travées conjonctives très minces.

Muqueuse normale, les papilles manquent dans la région la plus distendue. Elles sont rudimentaires à la base ».

X. CAUCHOIS (rapportée par Pozzi en 1883).

« Homme, 53 ans, tuberculose avancée. Depuis trois ans, gêne fonctionnelle.

A la langue, double série de bosselures, de volume inégal, mais appartenant bien pour chaque côté à une même masse allongée dans le sens du bord libre sur une étendue de 4,5 à 5 centimètres, n'atteignant pas tout à fait la pointe de la langue.

Consistance élastique, muqueuse jaune.

Adénopathie polyganglionnaire des aines, de la nuque et

lipome du cou. Gommages au bras et avant-bras gauche. Incision sur le bord libre, dissection laborieuse. Au-dessous de la masse enlevée du volume d'une amande, reste une grappe lipomateuse, infiltrant le tissu musculaire lingual sous-jacent.

Mort trois mois après : on retrouve un petit pois en avant à gauche; à droite, tumeur constituée par des lobules graisseux de toute grosseur, tête d'épingle, pois et trame conjonctive peu vasculaire. Aspect de glande en grappe.

Histologie : lipome pur ».

XI. ALBERT (1885).

« Homme de 46 ans. Tumeur unique sur le bord droit de la langue, volumineuse, emplit la gorge et pédunculée, tombe dans le pharynx.

Anatomie pathologique : fibrolipome ».

XII. BARLING (1885).

« Homme âgé de 75 ans. Début remonte à 20 ans. Présente au niveau de la partie antérieure de la langue, 4 tumeurs, 2 sur le bord droit, 2 sur le bord gauche. La consistance est molle, la muqueuse amincie. Les 2 tumeurs droites mesurent 5 pouces de diamètre; la première tumeur à gauche, mesure un pouce, la seconde atteint le volume d'une noisette.

Biopsie : lipome.

Pas d'ablation.

XIII. PONCET (1888).

« Femme 62 ans. Aurait cette tumeur depuis la naissance. Tumeur isolée de la face dorsale, presque sur la ligne médiane. Volume : œuf de pigeon. Ne donne aucun trouble.

XIV. KIRCHOFF (1889).

« Homme âgé de 62 ans. Début remonte à 4 ans. Tumeur unique à droite, partie antérieure; volume œuf de poule. Consistance pseudo-fluctuante. Dents inférieures déviées.

Histologiquement : lipome ».

XV. JACOPO FERRANDO (1889).

« Enfant, sexe féminin, âgée de 6 mois. Présente 4 petites tumeurs blanches, rondes, du volume d'une lentille à un grain de mil.

Antécédents héréditaires : grand'mère maternelle de la mère morte d'une tumeur du nez et de l'orbite gauche; grand'mère paternelle : lupus; tante : grosse tumeur de la région dorsale, semblant être un lipome.

Examen : palais en ogive, pointe de la langue bifide, 5 tumeurs en tout :

La première : sur bord gauche, volume d'un pois chiche.

La seconde : à l'angle de bifurcation de la langue, volume d'un grain de chanvre.

La troisième : sur bord droit, volume d'un haricot.

La quatrième : juste à droite de la troisième, volume d'un petit pois.

La cinquième : adhère au bord alvéolaire de la gencive inférieure, volume d'un grain de chanvre.

Toutes ces tumeurs sont blanc paille, perlées, indolentes, lisses, de consistance dure, élastique.

La troisième présente un pédicule large, très court. Excision.

Au microscope : cellules adipeuses, remplies complètement de graisse. Dans quelques-unes, cristaux de margarine. Élément connectif peu abondant.

Au picro-carmin : on mettait en évidence, le noyau des fibres élastiques éparses.

A l'acide osmique et à l'hématoxyline : le diagnostic de lipome ne fit aucun doute ».

XVI. KRAUSE (1889).

« Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, portée par un sujet de 62 ans ne l'ayant que depuis 4 ans. Elle siège sur la moitié droite de la langue; sa surface est lisse, brillante. A la palpation : la sensation de mollesse et pseudo-fluctuation.

L'examen histologique ne fut pas pratiquée ».

XVII. HEYMAN (1890).

« Enfant de 6 ans, présente depuis sa naissance une tumeur nettement lipomateuse, occupant la partie postérieure de la langue. Volume d'une noix. L'enfant ronfle la nuit, a difficilement appris à parler, d'une façon très imparfaite ».

XVIII. RYDYGIER (1891).

« Femme de 29 ans. Tumeur unique siégeant sur le bord gauche, volume d'une prune ».

XIX. TERRIER (rapportée par VERGELY).

« Tumeur située sur le bord gauche de la langue, son volume est celui d'une noisette. Elle entraîne une gêne de la parole et de la mastication.

La muqueuse est amincie, transparente, de couleur jaune.

Examen microscopique : confirme le diagnostic.

XX. VERGELY (1895).

« Homme 70 ans. Bronchites répétées. Gonos. Fièvres intermittentes. Dysenterie. Il y a 10 ans il chiquait beaucoup. La tumeur apparut il y a 10 ans, le malade la découvrit par hasard, car elle ne donnait ni gêne, ni douleur à la langue. Les dents sont déchaussées, pas de caries, ni de chicots. Joux normales, plancher normal.

La langue est large, plate, recouverte de son épithélium. Papilles en V normales. Pas de trémulation. La langue paraît plus large et plus épaisse à cause des saillies jaunâtres, 5 à droite, 7 à gauche, donnant un aspect goudronné. A gauche, une, grosse comme un poids, une autre comme une lentille, les autres comme un grain de mil. A droite, elles ont les dimensions d'un pois. La muqueuse est amincie, transparente, donnant un aspect vernissé. La couleur va du jaune paille, pour les plus grosses, au blanc rosé, pour les plus petites. A la palpation : sensation de résistance élastique. Indolores. Les mouvements de la langue sont conservés dans leur intégrité. La sensibilité générale (tact, douleur, température) est normale; la sensibilité gustative un peu émoussée pour les substances sucrées.

Extirpation de la plus grosse.

Histologiquement : lipome pur, entouré d'une capsule fibreuse ».

XX. DÉRÉGNAUCOURT (1896).

« Nous constatons sur le bord de la langue, à l'union du 1/3 antérieur et du 1/3 moyen, une ulcération, large de 5 millimètres, arrondie, irrégulière, à fond grisâtre, recouvert d'un enduit adhérent.

Les bords sont légèrement surélevés, mais non soulevés, entourés d'un liseré rouge.

La base est indurée légèrement. Les papilles sont saillantes à son pourtour.

Plus près de la ligne médiane, existe une tuméfaction arrondie, presque contiguë à l'ulcération par son bord externe, formée de deux petites masses, peu saillantes, atteignant réunies, le volume d'un haricot. Coloration grisâtre : en un point, elle est plus jaune. Tumeur jaune, fluctuante. En touchant la muqueuse qui la recouvre, pas de douleur. Le malade n'avait remarqué rien d'autre que l'ulcération. La parole, la mastication, sont gênées; douloureuses ».

XXII. MARTEL (1896).

« Homme, 67 ans. Tumeur de la base de la langue, enlevée, il y a 35 ans; c'était de la chair morte. Depuis 2 ans, déglutition, phonation gênées. La tumeur apparaît par artifice, comblant le vestibule bucco-pharyngien entre les piliers palatins. Jaune; molle; fluctuante; capsulée, insérée dans le sillon glosso-épiglotique; pédiculée à droite.

Décortication facile (Docteur OLIER).

Anatomie pathologique : la tumeur de dimensions : 7×6×4 centimètres, est peu lobulée avec pédicule fibro-vasculaire. Cloisons fibreuses en réseau et tissu lipomateux. Logettes fibreuses; noyaux colorés, à l'acide osmique, on trouve de la graisse même dans les travées fibreuses ».

XXIII. GÉRARD-MARCHAND (1901).

« Sujet de sexe masculin. La tumeur d'abord du volume d'un pois, siège sur le bord latéral gauche de la langue. Elle avance lentement depuis trois mois, sans signes fonctionnels. Actuellement, son volume atteint celui d'une noisette, elle ne donne pas de sialorrhée, elle est indolente, mobile, paraît assez profonde, fluctuante ».

XXIV. POTHÉRAT (1903).

« Présentation de pièce. Homme âgé de 44 ans. Le début remonte à 15 ans. La tumeur atteint le volume d'un œuf de poule avec plus grand diamètre parallèle, au bord de la langue : elle siège sur le bord gauche. Couleur jaune, surface lobulée, consistance molle, pseudo-fluctuante. Elle provoque de la gêne, à la mastication, à la phonation, mais pas de douleurs.

Anatomie pathologique : fibrolipome ».

XXV. PROVERA (1906).

« Femme 69 ans. Tumeurs apparues à 41 ans. Ablation. Deux récidives et deux nouvelles interventions à 47 et 61 ans. Réapparues encore à 67 ans; l'une siège sur la face inférieure de la langue, à gauche; l'autre à la base. Les deux tumeurs sont reliées par un pont interstitiel. La première a le volume d'une grosse noix. Elles donnent des troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation.

Histologie : lipome ».

XXVI. WARREN LOW (1911).

« Sujet de 69 ans. Début date de 8 ans. Deux tumeurs, l'une sur le côté droit, sur les $\frac{2}{5}$ de sa longueur, la seconde sur le côté gauche, plus petite : lobulées; Muqueuse lisse, transparente. Troubles occasionnés par l'augmentation de volume de l'organe.

Histologie : lipome ».

XXVII. DUFOURMENTEL (1914).

« Présentation de pièce.

Femme âgée de 23 ans. Tumeur de la langue, développée après l'ablation des deux premières molaires gauches inférieures, pratiquée deux ans avant. Siège sur le bord gauche. Volume d'un grain de raisin; mobile; fluctuante.

Mouvements de la langue non gênés, pas de douleur. Ablation. Enucléation. Histologie : lipome pur ».

XXVIII. GALEBSKY (1914).

« Tumeur unique, siège à la base : pédunculée, volume d'une petite noix (3,5×2 centimètres). Quand le sujet redresse la tête, la tumeur tombe dans le larynx, lui causant des troubles de la respiration et de la déglutition.

Anatomie pathologique : fibrolipome ».

XXIX. MORESTIN (1918).

« Enfant sexe féminin, âgée de 11 mois. Aucun antécédent particulier. Ne peut prendre le sein. Arriérée, ne parle, ni ne marche, mais morphologie et poids normaux. Crâne volumineux; dépression fronto-pariétale. Lèvre supérieure présente une encoche en accent circonflexe sur le 1/3 de l'épaisseur. Pas de dents. Aspect chaotique de la paroi inférieure de la cavité buccale. Masses blanches et rougeâtres.

La langue est fixée au plancher, elle est en avant, divisée par un sillon qui la rend bifide mais peu mobile, car fixée par frein large et court. De part et d'autre, une nodosité blanche mais pas symétrique, une devant le V, une plus en avant.

Deux autres lipomes apparaissent entre le bord de la langue et l'aire sous-maxillaire. Pas de gêne de la déglutition; succion impossible, gêne pour le langage.

20 février : 1^{re} intervention : lipome du plancher gauche.

13 mai : 2^e intervention : lipome droit de la langue, du volume d'une noisette.

22 mai : 3^e intervention : lipome dorsal droit, volume d'un haricot.

3 juin : lipome gauche, va en arrière jusqu'au pilier antérieur du voile.

22 juillet : on efface la lèvre; puis la bifidité de la langue.

17 juin : lipome de la langue.

L'enfant n'a pu être suivie.

XXX. MORESTIN (1918).

« Présentation de pièce. Docteur X..., gêne dans les mouvements de la langue, due à une tumeur unique assez volumineuse, siégeant dans l'épaisseur de la langue, sur la moitié droite, à mi-distance du V et de la pointe. Muqueuse normale. Volume : noisette.

Age : 60 ans. Pas d'antécédents.

Enucléation sous anesthésie locale. Lipome pur, profond ».

XXXI. PICKERODT (1922).

Nouveau-né. Tumeurs multiples sur le bord de la langue. Histologie : lipome ».

XXXII. SIMON (1929).

« Homme 75 ans. Localisation à la langue, d'une lipomatose généralisée, avec répartitions de lipomes isolés en des points symétriques.

On voit sur chacun des deux bords de la langue, 3 tuméfactions rondes, molles, jaunes par transparence.

Ablation d'une d'elles : lipome.

En l'absence de toutes complications, la question ou traitement ne s'est pas posé ».

XXXIII. ANGELELLI (1929).

« Femme 56 ans. Durée : 3 mois. Tumeur unique du côté droit de la langue. Volume d'une petite noix. Aucun trouble de la phonation, déglutition, mastication. Histologie : lipome pur ».

XXXIV. JACOD (1930).

« Homme, 58 ans. La tumeur existe depuis deux ans. signes fonctionnels : sensation de corps étranger, gêne pour avaler, chatouillement, toux.

Depuis 10 jours : dyspnée et accès de suffocation, tirage et cornage.

La tumeur grosse comme une mandarine, s'insère sur la moitié gauche, comblant les fossettes glosso-épiglottiques, repousse le voile et prend contact avec le larynx. Unie, caoutchoutée. Muqueuse saine, enlevée au fil (serre nœud d'amygdalectomie). Taille : abricot, 2/5 restent inclus dans la langue. Encapsulée, jaune avec plan de clivage. Enucléation de ce qui reste. Histologie : tissu adipeux, entouré d'une capsule fibreuse d'où partent des travées fibreuses irrégulières qui le parcourent en tous sens. Muqueuse isolée. Le sujet pèse 106 kilos. Pléthorique ».

XXXV. FRASSINETTI (1930).

« Homme 75 ans. A cette tumeur depuis deux ans. Siège côté droit, tumeur sous-muqueuse; volume d'une petite noix; entraîne des troubles de mastication et phonation. Micro : lipome ».

XXXVI. COLOMBO (1932).

« Sujet de 81 ans. N'a jamais fumé, ni chiqué. Ne peut préciser le début de la tuméfaction linguale. Pas de troubles. Depuis une semaine éprouve de la gêne à la pointe de la langue.

Examen : sur la pointe de la langue, juste à gauche de la ligne médiane, tumeur arrondie, petite cerise, surface régulière, couleur jaunâtre, la muqueuse de revêtement, normale. A la palpation : consistance dure, élastique. Tumeur circonscrite, indolente.

L'examen général est normal.

Excision sous anesthésie locale à la novocaïne.

Examen histologique : tumeur constituée par un reticu-

lum connectif, pourvu de noyaux épars, dont les travées délimitent des aréoles arrondies ou polygonales, vides par dissolution de leur contenu.

Le connectif a une chromatophilie un peu basophile qui contraste avec celle nettement acidophile du stoma des vaisseaux. A la périphérie, pas de capsule, mais une démarcation nette, existe entre le tissu tumoral et celui de son hôte ».

XXXVII. A. H. ROFFO (1932).

« Femme, 39 ans. Cancérophobe. La tumeur évolue lentement depuis trois ans. Quelques troubles de la phonation. Elle siège à la pointe de la langue, médiane. Sa surface est lisse, décapillée, jaunâtre, lobulée. La tumeur est indolore, dépressible, de consistance élastique, un peu adhérente à la muqueuse. Au microscope : lipome pur ».

XXXVIII. MAZZINI et SALVI (1933).

L'Observation ne figure pas à la bibliothèque de la Faculté.

XXXIX. DUVOIR (1937).

L'Observation est reproduite en totalité au chapitre II.

BIBLIOGRAPHIE

- AGNEW. — « *Agnew's Surgery* ». T. II, cité par Cauchois-Pozzi.
- ALBERT. — « Ueber einige seltene erkrankungen der Zunge ». *Wien. med. Presse*, n. I-6, 1885.
- ANGELELLI. — « Un caso di lipoma della lingua ». *Il Valvaslva*, A. V., n. 12, 1929.
- ARNOLD. — « Ein Fall von congenitalem zusammengesetztem Lipom der Zunge und des Pharynx mit Perforation in die Schädelhöhle ». *Virch. Arch.*, Bd. L.
- BARLING. — « Three case of unusual disease of the tongue : I. Multiple fatty tumours ». *Brit. med. Journ.*, vol. II, 1885.
- BASTIANELLI R. — « Tumori della lingua ». *Tratti. it. di chir.*, Milano, F. Vallardi, vol. III, parte IV.
- BASTIEN. — *Bull. Soc. Anato.* t. XXIX, page 349.
- BOUISSON. — « Lanque (Path. chir. de la) ». *Dictionn. Encycl. des Sciences méd.*, Paris, Asselin et Masson, II sér., t. I, 1868.
- BROCA. — *Traité des tumeurs*, 2, 1863, p. 375.
- BUTLIN. — « Krankheiten der Zunge ». Wien, Braumüller, 1887.
- CALVINI. — « Chirurgia del capo e del collo ». *Tratt. di Pat. e Ter. chir. gen. e spec.*, Torino. U. T. E. T., 1915.
- CAUCHOIS (POZZI). — « Lipome de la langue ». *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, t. IX, 1883.
- CECCARELLI. — Cité par PARLAVECCHIO.
- CHASTENET DE GERY. — Cité par Colombo.
- CHIPAULT. — Cité par Vergely.
- CLARK FAIRLIE. — « A traetise on the diseases of the tongue ». Londres, Rendshaw, 1873.
- COLOMBO. — « Tumori », 18, 1932, p. 233-261.
- COOPER ASTLEY. — Cité par Clarke.
- DECES. — Cité par Deregnacourt.

- DEREGNAUCOURT. — « Lipome de la langue ». *Thèse Paris*, 1896.
- DUFOURMENTEL. — *Bull. et Mém. de la soc. d'An. de Paris*, A. LXXXIX, t. 16, 1914; p. 232-233.
- FERRANDO. — *Arch. it. di. Pediatria*. A. VII, n. 5, 1889.
- FOLLIN. — *Bull. Société chirurg.*, 1866, page 94, cité par Malon.
- *Bull. société Anato*, 1866, page 88.
- FRASSINETTI. — « Su di un caso di lipoma molle della lingua ». *Bull. delle Sc. med., Bologna*, A. CII, n. 6, 1930.
- GALEBSKY. — « Ein Fall von gestielter Geschwulst ausgehenden von der Zungenmandel ». *Westnik uschnych Gortlowych bolesnej*, 1914; recens. in : *Zentrbl. f. diegesamte Ch. u. ihre Grenzgeb.*, Bd. V, n. 7, 1914.
- GÉRARD-MARCHANT. — « Lipome de la langue ». *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, T. XXVII, 1901.
- GROSS. — « System of Surgery ». Philadelphia, vol. II, 1872.
- GUELLIOT. — *Bull. Soc. Anatom.* Série IV, page 263.
- HEYMANN. — « Lipom der Zunge » (*Ber. med. Gesell.*, '26-III-1890) *Deutsch. med. Woch.*, 1890.
- IVERSEN. — « Lipom bag Tungeroden hos en Sitophob », recens. in : *Canstatt's Jahresber.*, Bd. II, 1870.
- JACOD. — « Fibrolipome de la base de la langue », *Lyon méd.*, CXLVI, 1930.
- KRAUSE. — *Deutsche med. Woch.* N° 22, page 433.
- KAUSSNICK. — « Lipome der Zunche ». Inaug. Diss., Berlin, 1889.
- KIRCHHOFF. — « Ueber gutartige Geschwülste der Zunge ». *Deutsch. med. Woch.*, 1889.
- LAMBL. — Cité par MALON.
- LAROYENNE. — *Gaz. méd. de Lyon*, 1867.
- LISTON. — *Practical Surgery*, IV ed., 1846, cité par Clarke.
- LOUIS. — *Mémoire, Acad. chir.*, 1774, in 12-IV, page 505.
- MAISONNEUVE. — *Thèse agrégation*, Paris 1848.
- MALON. — « Des lipomes de la langue ». *Thèse, Paris*, 1880.
- MARÇAIS. — Cité par Deregnaucourt.
- MARTEL. — « Sur une variété rare de lipome; lipome de la base de la langue ». *Revue de Chir.* A. XVI, 1896.
- MARTUSCELLI. — Cité par Colombo.

- MASON. — « Congenital tumours of the tongue ». *Trans. of the Path. Soc.*, Londres, XV, 1864.
- MAZZINI et SALVI. — *Riv. Sud. Américaine de Endoc.*, 16-15 juin 1933, page 500/504.
- MOLLIÈRE. — « Observations de tumeur rare de la langue ». *Prog. Méd.*, A. III, 1875.
- MORESTIN. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, XLIV, 1918, page 956 à 959.
- OWEN. — « Lésions of the tongue with special reference to thei situation ». *Coll. Pap. of the Mayo clin.*, 1926.
- PAGET. — « Lestures on Surgical Pathology ». Londres, Longman and C., vol. II, 1853.
- PARLAVECCHIO. — « I tumori della lingua e la loro cura ». *Roma Tip. Artero*, 1899.
- PICKERODT. — « Ueber die primären Geschwülste der Zunge im Kindesalter (Multiple lipome am Zungenrande eines Neugeborenen »), *Dissert.*, Marburg, 1922.
- PONCET. — « Fibrolipome congénital de la langue », *Lyon Méd.*, A, X, 1880.
- POTHERAT. — « Lipome de la langue ». *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, T. XXIX, 1903.
- PROVERA. — « Un caso di lipoma della lingua ». *Gazz. Osp. e Clin. A.* XXVII, n. 84, 1906.
- ROFFO. — *Bol. de Inst. de Med. Exp. pro el estudio IX*, n° 31. Décembre 1932, p. 483/488.
- ROSENSTIRN. — *Medical Record*, 23 septembre 1893, vol. XLIV, n° 13.
- RYDYGIER. — « Beitrag zu seltener Erkrankungen der Zunge ». *Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Ch.*, 1891.
- SIMON. — *Breslaner chir. Ges.* 11 décembre 1929 et *Zentral. f. Chir. A.* LVII, n° 9, 1930.
- TERRIER, cité par VERGELY.
- TIZZONI et PARONA. — « Contribuzione allo studio di alcuni tumori rari per la loro sede; 2° Lipoma della lingua ». *Ann. univers. di med. e chir.*, vol. 239, fasc. 717, Mars 1877.
- VERGELY. — *Arch. clin. de Bordeaux*, Février-Mars 1895.
- WARREN LOW. — « Lipoma of the tongue ». *Proceed. of the Royal Soc. of Med.*, Londres, vol. V, n° 2, déc. 1911.
- WEBER. — Pitha e Billroth, *Encicl. di Chir.*, Vol. III, p. 388.

